

記入例

潟上市介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 潟上市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

申請区分（該当するものに○）	☒ 新規	☐ 更新	☐ 転居又は世帯構成の変更	☐ 生活保護受給（開始・廃止）
----------------	-------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

フリガナ	カタガミ タロウ	被保険者番号	●●●●●●●●●●
被保険者氏名	潟上 太郎	個人番号	●●●●●●●●●●
生年月日	明・大・昭 ● 年 ● 月 ● 日		
住 所	潟上市天王字棒沼台 2 2 6 番地 1	電 話 番 号	×××-××××
介護保険施設等の所在地及び名称(※)	潟上市天王字棒沼台 2 2 6 番地 1 特別養護老人ホーム●●苑	電 話 番 号	△△△-△△△△
入所(院)年月日(※)	年 月 日	サービス種別	特養・老健・療養型・医療院・ショートステイ

配偶者の有無	☒ 有	☐ 無	別世帯や内縁関係を含みます。 左記において		配偶者又は内縁関係の者を含みます。 については、記載不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ	カタガミ ハナコ	個人番号	●●●●●●●●●●		
	氏 名	潟上 ハナ子	生年月日	明・大・昭 ● 年 ● 月 ● 日		
	住 所	潟上市●●字●●●● 1 番地	電 話 番 号	×××-××××		
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	あてはまるところに チェックしてください。				
課 税 状 況	☐ 課税 ☒ 非課税					

収入等に関する申告 (預貯金等の金額は夫婦の合計額の記入が必要です)	☐	生活保護受給者／市町村民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者				
	市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計から公的年金等に係る雑所得を除いた額が					
	☐	年額 80 万円以下、かつ、預貯金等の合計額が 650 万円（夫婦は 1,650 万円）以下				
	☐	年額 80 万円超 120 万円以下、かつ、預貯金等の合計額が 550 万円（夫婦は 1,550 万円）以下				
	☐	年額 120 万円超、かつ、預貯金等の合計額が 400 万円（夫婦は 800 万円）以下				
	☐	第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）等かつ、市町村民税非課税世帯かつ、預貯金等の合計額が 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下				
非課税年金受給状況	遺族年金	(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む)		☒ 有 ☐ 無	障害年金	☐ 有 ☒ 無
預貯金等に関する申告	預貯金額	円	有価証券 (評価額を含む)	円	その他 (評価額を含む)	円

※申請者が被保険者本人の場合、() 内は記載は不要です。

申請書提出者に関すること	住所・氏名	夫婦であれば合計額を記入。 ●●字●●●● 1 番地	電話番号	×××-××××
	氏 名	潟上 ハナ子	本人との関係()	妻

※裏面の「同意書」に必ず記入してください。

上記の申請について、介護保険法施行規則第83条の6の規定に基づき、別紙のとおり負担限度額認定(却下)の決定及び負担限度額認定証を交付してよろしいか。

潟 上 市 記 入 欄						
交付年月日	令和 年 月 日	介護度等	(所得の状況等)			
適用年月日	令和 年 月 日	要介護				
有効期限	令和 年 月 日	要支援				
審 査	課税区分 (市町村民税)	配偶者	預貯金等	認定区分	減額認定事項 (自己負担額)	審査職員氏名
	世帯非課税 課税者有	なし・非課税 課 税	基準以下 超 過	認 定 却 下	第1段階・第2段階 第3段階1・第3段階2	印

1 注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) **預貯金等**について、同じ種類の預貯金等を**複数保有している場合は、そのすべて**を記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

2 添付書類

※生活保護を受給している方、市内転居による再交付申請の方は、添付書類不要です。

- (1) 預貯金（普通・定期）… 通帳の写し（銀行名・支店名・名義・最終残高の分かるところ）
最新の状態直近2ヵ月分。
- (2) 有価証券・投資信託 … 証券会社や信託銀行の口座名義等と残高記載箇所の写し（ウェブサイトの写しも可）
- (3) 負債（借入金・住宅ローン等）… 借用書の写し

同 意 書

（宛先）潟上市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私および私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金ならびに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、潟上市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

〈本人〉

住所 潟上市天王字棒沼台226番地1

氏名 潟上 太郎

〈配偶者〉

住所 潟上市●●字●●●●1番地

氏名 潟上 ハナ子

〈代筆者〉氏名 潟上 ハナ子

続柄 妻

※本人が署名してください。
署名できない場合は申請書提出者等が代筆し、
代筆者の氏名、続柄を記載してください。

※ 同意書欄は本人が署名してください。

署名できない場合は申請書提出者等が代筆し、代筆者の氏名、続柄を記載してください。